

## 上髌炎和滑車上炎

作者: *Eduard Alentorn-Geli* 博士

有 4 個與肘部相關的大肌肉群: 肱三頭肌、肱肱前二頭肌、伸肌-旋后肌腫塊和屈肌-旋前肌腫塊。伸肌旋后肌腫塊導致外側疼痛或外上髌炎(也稱為上髌痛), 屈肌旋前肌腫塊導致肘內側疼痛或內上髌炎(上滑車炎或滑車上痛)。

伸肌-旋后肌腫塊起源於上髌或外上髌, 它由 橈側腕長伸肌、橈側腕短伸肌、趾副肌和旋后短肌的肌肉組成。主要功能是手腕的伸展, 因此, 當患者進行涉及此類伸展的重複運動時, 主要病理就會發展。辦公室工作, 手腕和手指連續伸展運動, 以及美髮、維護工作(經常使用螺絲刀)或從事 球拍運動(板網球或網球)的人, 主要是將是可能暴露於發展中的上髌炎或上髌痛的患者。潛在的病理生理學基礎是肌腱的慢性炎症/退行性過程, 可伴有纖維狀或部分斷裂, 並且在面對涉及有或沒有重量的手腕抬起手腕的活動時會導致肘部外側疼痛。

對肘外側疼痛進行良好的鑒別診斷很重要。肘外側疼痛的主要原因是: 上髌炎/上髌痛、肘部骨關節炎, 尤其是放射性資本性骨關節炎、橈肱神經滑膜皺襞、橈神經病變(後骨間神經)和微不穩定外側。在這種鑒別診斷中, 檢查頸椎並排除神經根型頸椎病與疼痛有關也很重要。

體格檢查對診斷具有決定性意義, 觸診疼痛就在上髌遠端, 手腕和手指伸展也有明顯的疼痛, 抵抗阻力。軟組織(肌腱和肌肉)的補充診斷測試, 如超聲或核磁共振成像, 將允許觀察到肌腱的結構變化, 有時甚至在晚期慢性病例中觀察到骨骼輪廓的變化。

在絕大多數病例中, 上髌炎的治療在開始時基於保守措施, 因為在大多數情況下, 這是一種自限性的病理。因此, 建議開始 基於抗炎措施、電療、超聲波、**Indiba** 或磁場的物理治療, 與伸展運動相關, 當疼痛改善時, 通過溫和的離心運動進行調理。教育患者避免對肌腱有害的運動非常重要。通常我們建議用墊子抬高前臂, 這樣打字 就意味著較少的手腕伸展, 使用符合人體工程學的垂直滑鼠, 或者用手朝上(旋后)舉起重物, 以避免使用延長器。在許多情況下, 物理治療和調整日常活動的措施會改善疼痛癥狀。如果沒有, 建議進行浸潤。今天有足夠的證據證實, 生長因數或**PRP**的浸潤優於可的松或皮質類固醇麻醉劑的浸潤, 尤其是在中長期。可的松浸潤對肌腱也有害, 因此不能在肌腱附近反覆進行。如果生長因數的浸潤無效, 還有其他替代療法, 例如衝擊波或經皮電解或**EPI**, 可以讓我們避開手術室。在對保守治療有抵抗力的情況下, 將需要手術。描述了許多程式, 但我們選擇的技術是通過小切口切除肌腱病組織(去除退化的肌腱), 除非伴有關節內病變(軟骨病變、滑膜皺襞或自由體)。在後一種情況下, 我們建議在關節鏡下釋放伸肌-旋后肌腫塊。

屈旋前肌腫塊起源於滑車或內上髌, 由橈側腕屈肌、掌長肌、尺側腕屈肌和旋前圓肌組成, 參與手腕屈曲和前臂旋前運動。滑車外炎會引起肘內側疼痛, 應與尺神經病變、內側微不穩定或內側尺肱骨關節炎進行鑒別診斷。主要疼痛發生在手腕和手指屈曲時, 其診斷可以通過與上髌痛相同的軟組織影像學檢查(超聲和核磁共振成像)來支援。上滑索炎的治療措施將遵循相同的原則: 通過物理治療和改變日常活動開始保守治療, 繼續進行浸潤, 作為最後的選擇手術。物理治療措施將是相同的, 因為病理也是由於肌腱受累而發生的。另一方面, 日常活動的改變應與上髌痛相反的方向進行, 即應避免手腕和手指的重複屈曲運動。因此, 應將重物或物體移動, 使手朝下或旋前, 以通過伸肌-旋后肌品質而不是屈肌-旋前肌品質來操縱它們。至於上髌痛, 生長因數的浸潤將優於可的松。通常我們會進行 3 次肌腱周圍(周圍)甚至肌腱內(肌腱內部)浸潤, 每次間隔 2 周。如果這種治療失敗, 將建議進行切除手術(切除退化的肌腱), 如果神經導致 肘部內側區域的癥狀, 這可能與尺神經鬆解有關, 也可能無關。

應該注意的是, 如果上髌炎或滑車炎手術的適應症良好、手術技術良好且後續康復良好, 則結果非常令人滿意。

